

“胃-血液-神经”跨系统的中西医结合治疗个案分析

赵朋飞¹ 陈洁玲¹ 马骏²

(1.亳州市中医院; 2.安徽中医药大学第二附属医院)

【摘要】 自身免疫性胃炎 (AIG) 是一种以胃黏膜萎缩、内因子抗体 (IFA) 阳性、抗壁细胞抗体 (PCA) 阳性为特征的自身免疫性疾病^[1], 其临床危害不仅局限于消化系统, 更可通过维生素B12缺乏引发血液系统及神经系统连锁反应。巨幼红细胞性贫血 (MA) 和脊髓亚联合变性 (SCD) 作为AIG的重要并发症, 若未及时诊治可导致不可逆神经损伤。中医药在调理脾胃、改善贫血及神经修复方面具有独特优势, 总结全国名中医马骏教授的辨证论治思路, 报道1例AIG相关多系统损害的中西医结合治疗过程, 旨在探讨“胃-血液-神经”跨系统损伤机制及中西医协同治疗策略。

【关键词】 自身免疫性胃炎; 巨幼红细胞性贫血; 脊髓亚急性联合变性; 中西医结合治疗; 脾虚血瘀证

"Stomach-Blood-Nerve" Cross-System Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Treatment: A Case Analysis

Zhao Pengfei¹ Chen Jieling¹ Ma Jun²

(1.Bozhou Hospital of Traditional Chinese Medicine; 2.The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine)

[Abstract] Autoimmune gastritis (AIG) is an autoimmune disease characterized by gastric mucosal atrophy, intrinsic factor antibody (IFA) positivity, and parietal cell antibody (PCA) positivity^[1]. Its clinical harm extends beyond the digestive system, as vitamin B12 deficiency can trigger chain reactions in the hematopoietic and nervous systems. Megaloblastic anemia (MA) and subacute combined degeneration of the spinal cord (SCD) are critical complications of AIG, which may lead to irreversible neurological damage if not promptly diagnosed and treated. Traditional Chinese Medicine (TCM) offers unique advantages in regulating the spleen and stomach, improving anemia, and facilitating nerve repair. This study summarizes the diagnostic and therapeutic approach of Professor Ma Jun, a nationally renowned TCM expert, and reports a case of AIG-related multisystem damage treated with integrated TCM and Western medicine. The aim is to explore the cross-system injury mechanism of "stomach-blood-nerve" and the collaborative treatment strategies of TCM and Western medicine.

[Key words] Autoimmune gastritis; Megaloblastic anemia; Subacute combined degeneration of the spinal cord; Integrated traditional Chinese and Western medicine treatment; Spleen deficiency with blood stasis syndrome

病例介绍 患者男性, 50岁, 因“胃胀、纳差1年, 伴乏力、双手麻木2周”于2023年3月24日就诊于亳州市中医院脾胃病科。患者1年前无明显诱因出现胃胀, 食欲减退, 进食量减少40%, 未重视; 近2周因劳累后出现乏力, 伴双手远端对称性麻木, 呈“手套样”分布, 偶有行走不稳。体格检查: 慢性面容, 面色苍白。双上肢远端痛觉减退, 触觉及振动觉减弱, 神经系统检查示双下肢深感觉减退, 闭目难立征阳性。四肢肌力V级, 四肢肌张力正常。舌质暗淡, 苔薄白, 脉细涩。实验室检查: 2023.03.24血常规: 白细胞 $8.57 \times 10^9/L$, 血红蛋白 $50g/L \downarrow$, 红细胞计数: $1.32 \times 10^{12}/L \downarrow$, 红细胞压积15.4%, 红细胞平均体积: $116.7fL \uparrow$, 血小板 $65 \times 10^9/L \downarrow$ 。肝功能、肾功能、血凝常规、电解质: 无异常。血型: A型, Rh(D)阳性。大便隐血(-)。胃功能三项: 胃蛋白酶I $1.47ng/mL \downarrow$, 胃蛋白酶II $3.21ng/mL$, 胃泌素17

$19.93pmol/L \uparrow$, 胃蛋白酶I/II <3 ; 男性肿瘤标志物: 未见明显异常。贫血指标: 血清转铁蛋白 $1.7g/L$, 维生素B12 $148pg/mL \downarrow$, 叶酸 $2.6ng/mL \downarrow$ 。免疫学: PCA阳性, IFA阳性, T3、T4、TSH、TPOAb正常。胃镜及病理: (胃体大弯)慢性萎缩性胃炎, 伴中度肠化及糜烂; (胃体小弯)慢性萎缩性胃炎, 伴轻度肠化及糜烂; (胃角)黏膜轻度慢性炎, 伴糜烂; (胃窦)黏膜轻度慢性炎伴糜烂。符合AIG表现。神经系统: 肌电图示周围神经传导速度减慢。颈椎MR平扫: 提示颈1-6脊髓后部异常信号, 考虑脊髓亚联合变性; 颈椎退变, 颈3/4、4/5、5/6、6/7椎间盘突出。

病因与发病机制分析: 自身免疫性胃炎: 又称A型胃炎或胃体萎缩性胃炎, 是一种慢性萎缩胃炎的特殊类型, 由Strickland RG等人在1973年第一次提出^[2]。自身免疫性胃炎, 由机体免疫系统异常攻击胃黏膜细胞所致^[3]。其核心机制是

自身抗体靶向破坏胃底腺的壁细胞,导致胃酸分泌减少及内因子缺乏。内因子不足会阻碍维生素 B12 吸收,长期可引发巨幼细胞性贫血(恶性贫血)^[4]。该病多呈隐匿进展,早期症状不典型,后期可能出现上腹不适、食欲减退、乏力、舌炎及神经系统症状。胃黏膜萎缩和肠化生为其典型病理特征,可能增加胃癌风险。该病好发于欧美国家,我国少见。但近年来我国内镜技术及病理诊断的水平不断提高,诊出率也不断提高^[5]。巨幼红细胞性贫血:是由于维生素 B12 或叶酸缺乏导致 DNA 合成障碍,引起红细胞发育异常的贫血类型^[6]。其核心特征是骨髓中红细胞前体细胞体积增大,成熟受阻,外周血中可见大卵圆形红细胞和中性粒细胞分叶过多,从而阻碍向网织红细胞的转化,最终导致贫血^[7]。病因包括:维生素 B12 缺乏,常见于内因子缺乏、胃肠术后或素食者;叶酸缺乏,多因摄入不足、吸收障碍或需求增加。典型症状为贫血表现及舌炎、食欲减退,维生素 B12 缺乏还可伴神经系统损害。实验室检查显示大细胞性贫血,骨髓象见巨幼红细胞,血清维生素 B12 或叶酸水平降低。脊髓亚急性联合变性:是一种由维生素 B12 缺乏引起的中枢及周围神经系统变性疾病,以脊髓后索和侧索的髓鞘脱失、轴突变性为主要病理特征^[8-9]。该病多隐匿起病,中年后高发,典型症状包括双下肢深感觉缺失、感觉性共济失调、痉挛性瘫痪,常伴周围神经损害及贫血表现。部分患者可出现视神经萎缩、精神症状及括约肌功能障碍^[10]。病因与维生素 B12 吸收或代谢障碍相关,如萎缩性胃炎、胃大部切除术后内因子缺乏,或肠道吸收不良等,导致 DNA 合成和髓鞘形成受阻。

诊断:西医诊断:AIG 继发 MA、SCD。中医诊断:胃痞病(脾虚血瘀证)。

西医疗疗:患者入院时血红蛋白仅为 50g/L,属于重度贫血,予以申请输注去白红细胞悬液 2U 以补充血容量。维生素 B12:前半月肌肉注射维生素 B12 0.5mg/d;半月后调整为每周 2 次,0.5mg/次;随后每月 0.1mg/次,并终身维持治疗^[11]。叶酸补充:叶酸片 5 mg 每日 3 次,纠正 DNA 合成障碍。对症支持:患者长期素食,嘱其高蛋白饮食,补充富含维生素 B12 的食物(如动物肝脏、鱼、红肉类)。

中医治疗:治则:健脾和胃、补血活血。方剂:四君子汤加黄芪补血汤加减,方药如下:

人参 12g	麸炒白术 12g	茯苓 12g	甘草 8g
黄芪 15g	当归 20g	莪术 10g	赤芍 10g
鸡内金 12g	砂仁 8g	炒山楂 10g	炒谷芽 12g
炒麦芽 12g			

×30 剂,每日一剂,早晚分服

方解:人参补益脾胃之气;白术健脾益气、燥湿利水。

茯苓利水渗湿,健脾宁心,与白术相伍,以增强健脾渗湿功效;甘草补脾益气,调和诸药,缓急止痛。黄芪补气升阳,益卫固表。当归补血活血,养血合营,补虚治本;且得黄芪补气以生血,阳生阴长,使阴血渐充,阳气渐可潜涵;莪术破血行气,消积止痛;赤芍清热凉血,散瘀止痛,莪术、赤芍相伍以增强活血化瘀作用;鸡内金、谷芽、麦芽消食和中,健脾开胃。砂仁化湿行气,健胃消食。炒山楂消食化积,行气散瘀。治疗效果分析:经输注 2U 去白红细胞悬液,第二日(3月25日)复查血红蛋白升至 70g/L,按照上述治疗方案治疗 10 日后(4月4日),血红蛋白升至 88 g/L,至 4 月 25 日复查血红蛋白为 122g/L,MCV 为 97.3fL。神经系统改善:治疗 2 周后双手麻木范围缩小,触觉恢复;4 周后麻木症状基本消失,闭目难立征转阴,肌电图示神经传导速度较前改善。治疗 1 周后乏力症状减轻,纳食渐增,胃胀症状减轻;治疗 1 月后,不适症状基本消失。中医症候缓解:治疗 4 周后舌象转为淡红,瘀斑减少,食欲正常,体力恢复至病前水平。回访情况:2024 年 5 月 3 日:血常规:WBC $7.91 \times 10^9/L$,RBC $5.69 \times 10^{12}/L$,HGB 164g/L,MCV 88fL,PLT $256 \times 10^9/L$ 。胃镜提示:慢性萎缩性胃炎。病理提示:胃体:黏膜中度慢性炎症伴淋巴组织增生,腺上皮轻度肠化。胃底:慢性萎缩性胃炎伴淋巴组织增生,腺上皮轻度肠化。胃窦:黏膜中度慢性炎症。

讨论 西医疗角:从“胃黏膜损伤”到“多系统崩溃”的西医疗析:胃-血液系统:AIG 导致胃体黏膜萎缩,内因子分泌减少,维生素 B12 无法与内因子结合,在回肠吸收障碍,进而影响 DNA 合成,导致骨髓红细胞巨幼样变,引发 MA。血液-神经系统:维生素 B12 缺乏影响甲基丙二酰辅酶 A 转化为琥珀酰辅酶 A,导致脂肪酸沉积于神经髓鞘,引发脱髓鞘和轴突变性^[12]。维生素 B12 缺乏不仅影响造血系统,更可导致甲基丙二酸堆积,损伤神经髓鞘,出现感觉异常、共济失调等 SCD 表现^[13]。研究表明,约 30% 的维生素 B12 缺乏患者以神经系统症状为首发表现,易漏诊^[14]。本例通过“胃-血液-神经”系统的跨系统损害,展现了 AIG 的潜在危害。中西医结合治疗以“西医控标、中医固本”为原则,既快速纠正维生素 B12 缺乏,又通过调理脾胃、活血化瘀改善疾病根源,为 AIG 相关多系统损害提供了高效、全面的治疗模式。本例揭示了 AIG-MA-SCD 的连锁病理机制,证实中西医结合在纠正营养缺乏、改善神经功能及调节免疫中的协同作用。未来需扩大样本量,进一步验证中医药在 AIG 长期管理中的价值。

中医医疗角:马骏教授提出“调和致中”理论,强调脾胃为气机升降枢纽,治疗需“通补兼施、寒热并调”。“脾虚血

瘀”理论为类似病例提供了辨证范本，未来需进一步探索中药逆转胃黏膜萎缩及神经修复的分子机制。中西医结合优势：靶点互补与疗效叠加。西医精准靶向：维生素 B12 直接补充缺乏因子，迅速纠正贫血及神经损伤的病理基础。中医整体调理：中药不仅改善贫血症状，更通过调节免疫，延缓 AIG 进展，降低复发风险。时效协同：西药起效快，短期内改善危急指标；中药起效慢但作用持久，巩固疗效，减少长期依赖。早期识别“非典型胃病”：AIG 患者常无明显胃痛，而以贫血、神经症状为首发表现，临床需警惕“胃病

治血、血病治胃”的跨系统思维。中西医结合时机：在补充维生素 B12 的“急救期”，即应联合中药健脾活血，避免单纯西药的局限性。长期管理重点：AIG 为慢性进展性疾病，建议患者定期监测维生素 B12 水平，终身维持治疗；中医可予健脾养血膏方调理，预防复发。马老再次强调：若失治误治，脾虚日久可累及肾阳，致脾肾两虚；血瘀不除可化热伤阴，形成瘀热互结之候；痰瘀交阻可致癥积内生。故治疗当遵“补虚不忘祛瘀，通络兼顾健脾”原则，标本同治，恢复中焦斡旋之机。

参考文献：

- [1]Lenti MV, Rugge M, Lahner E, et al.Autoimmune gastritis[J].Nat Rev Dis Primers, 2020, 6 (1): 56.
- [2] Strickland RG, Mackay IR.A reappraisal of the nature and significance of chronic atrophic gastritis[J].Am J Dig Dis, 1973, 18 (5) 426-432.
- [3] Terao S, Suzuki S, yaita H, et al.Multicenter study of autoimmune gastritis in Japan: Clinical and endoscopic characteristics[J].Dig Endosc, 2020, 32 (3): 364-372
- [4]梁春耕, 李静波, 肖定洪, 等.69 例自身免疫性胃炎证候分布规律的单中心回顾性横断面研究[J].中国中西医结合消化杂志, 2022, 30 (07): 495-499.
- [5]梁春耕, 李静波, 肖定洪等.69 例自身免疫性胃炎证候分布规律的单中心回顾性横断面研究[J].中国中西医结合消化杂志, 2022, 30 (07): 495-499.
- [6]张蓉, 李国辉, 王颖等.巨幼红细胞性贫血患者血浆维生素 B9 和维生素 B12 水平对骨髓组织 p53 表达的影响研究[J].现代检验医学杂志, 2024, 35 (02): 12-14+21.
- [7]LANGAN R C, GOODBRED A J.Vitamin B12deficiency: recognition and management[J].Am Fam Physician.2017, 96(6): 384-389.
- [8]李小玉.甲状腺激素水平与亚急性联合变性患者神经损害程度及预后的相关性研究[D].蚌埠医学院, 2022.DOI: 10.26925/d.cnki.gbbyc.2022.000136.
- [9]李鹏鹏, 赵斌, 赵晓峰, 等.脊髓亚急性联合变性临床研究进展[J].中华临床医师杂志 (电子版), 2016, 10 (01): 121-123.
- [10]Moll R, Davis B.Lron, vitamin B12 and folate[J].Medicine, 2014, 45 (4): 198-203.
- [11]洪金鹏, 王弼, 陈璠玲等.自身免疫性胃炎并脊髓亚急性联合变性: 1 例报道并文献复习[J].胃肠病学和肝病学杂志, 2021, 30 (11): 1318-1320.
- [12]王冬女, 潘卫星, 朱华勇.磁共振诊断脊髓亚急性联合变性 1 例[C]//浙江省医学会放射学分会, 浙江省医学会影像技术学分会.2016 年浙江省医学会放射与影像技术学术年会论文汇编.浙江省台州医院; , 2016: 67-68.
- [13]李小玉.甲状腺激素水平与亚急性联合变性患者神经损害程度及预后的相关性研究[D].蚌埠医学院, 2022.DOI: 10.26925/d.cnki.gbbyc.2022.000136.
- [14]Stabler SP.Vitamin B12 deficiency[J].N Engl J Med, 2013, 368 (2): 149-160.

作者简介：赵朋飞（1991-），男，亳州市中医院脾胃病科主治医师，硕士研究生，毕业于辽宁中医药大学。研究方向：中西医结合治疗脾胃病研究；

指导老师：马骏，首届全国名中医、国家级名老中医，博士生导师，全国第二至六批名老中医药专家学术经验继承人导师，安徽省首届国医名师。

基金项目：亳州市重点研发项目（编号：bzzc2023067）